

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1932-1933. — N° 89.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE
DES
HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES
DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles AUPETIT

Né, le 29 janvier 1906, à Moulins-Engilbert (Nièvre).



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4. RUE GENTIL, 4

Décembre 1932

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE
DES
HÉMORRAGIES GASTRO - INTESTINALES
DU NOUVEAU-NÉ

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. L. HUGOUNENQ DOYEN HONORAIRE.
J LEPINE DOYEN.
A. MOREL ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ,
ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
	VORON
	X (BONNET, agrégé, chargé de cours).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique.	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes.	VILLARD
Clinique oto-rhino-laryngologique.	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAYET
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	NOVÉ-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	COURMONT (P.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	CLUZET
Chimie biologique et médicale.	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL
Matière médicale et Botanique.	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie.	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	M. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'anatomie médico-chirurgicale.	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie.	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	REVOL (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	ENSELME (Ch.)
DUMAS	GATE		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *Président*; RENTHER, *Assesseur*;
MM. BERNHEIM, et ÉPARVIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1932-1933. — N° 89.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE
DES
HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES
DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4^{er} Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles AUPETIT

Né, le 29 janvier 1906, à Moulins-Engilbert (Nièvre).



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1932



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Il nous a toujours accueilli dans son service avec bienveillance. Il nous fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse.

Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Il nous a inspiré le sujet de notre travail. Nous tenons à le remercier bien vivement des conseils éclairés qu'il nous a donnés. Nous n'oublierons jamais l'amabilité de son accueil.

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE
DES
HÉMORRAGIES GASTRO - INTESTINALES
DU NOUVEAU-NÉ

INTRODUCTION

Les hémorragies du tube gastro-intestinal du nouveau-né paraissent connues depuis déjà longtemps. On les trouve mentionnées dans les ouvrages de MAURICEAU (1682), EBERTH (1723), BERBESIOUS (1735) ; toutefois la première monographie qui traite l'ensemble de la question est celle de HESSE parue en 1825.

Depuis, de nombreux travaux ont été publiés sur cette question, surtout au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique.

Cette affection du nouveau-né n'est d'ailleurs pas très rare. ECKER, en 1864, en trouve un cas sur 500 accouchements, HERGOT, 1891, un sur 300.

LEQUEUX, dans sa thèse en 1906, fait une statistique sur les hémorragies du nouveau-né. Cette statistique repose sur les 2.162 accouchements qui ont eu lieu du 1^{er} mai 1904 au 30 avril 1905 à la

Maternité de Saint-Antoine à Paris. 41 nouveau-nés ont présenté des hémorragies diverses dont 4 des hémorragies du tube gastro-intestinal.

Au point de vue de leur fréquence, mélènas et hématémèses représentent, d'après LEQUEUX, 0,18 pour 100 des accouchements, soit 1 cas pour 540 accouchements.

EPSTEIN, sur 66 hémorragies du nouveau-né relevées à la Maison de Santé de Prague, a observé 16 hémorragies gastro-intestinales.

VIDAL, en 1911, dans une statistique de la clinique TARNIER, trouve une proportion de 1 sur 600 accouchements, chiffre confirmé par POURSAIN et MASSIE dans des thèses inspirées par M. le Professeur VORON. Ceux-ci, étudiant les cas de la Maternité de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, à Lyon, rencontrent cette affection une fois sur 500 à 800 accouchements.

Certains auteurs se sont occupés du rapport de fréquence entre mélènas et hématémèses.

KLING sur 17 cas observés, a vu :

Hématémèse	1 cas
Mélæna	7 —
Hématémèse et mélæna	9 —

SILBERMANN a recueilli 41 observations dont :

Hématémèse	10 cas
Mélæna	6 —
Hématémèse et mélæna	25 —

LOEDERER en a recueilli 8 cas :

Hématémèse	1 cas
Mélæna	3 —
Hématémèse et mélæna	4 —

DUSSER, enfin, sur 76 observations, donne les résultats suivants :

Hématémèse	11 cas
Mélæna	35 —
Hématémèse et mélæna	30 —

Nous apporterons notre contribution personnelle à la question de la fréquence de cette variété d'hémorragie, ainsi que la proportion des différentes sortes. Il se dégage toutefois de ces différentes statistiques le fait que ces complications sont peut-être un peu plus fréquentes que ne le prétendaient les anciens auteurs. Nous nous réservons de confirmer plus loin ce point de vue.

En ce qui concerne la gravité possible de cette affection, les premières recherches sur cette question dénotent un pronostic très sombre, c'est ainsi que MINOT donne 84 pour 100 de mortalité, SALAVERT, 70 pour 100. Les statistiques de DUSSER la ramènent à 52 pour 100, de VIDAL, à 40 pour 100 et de KLING, à 35 pour 100. Les auteurs actuels ont des avis différents et VIGNES, dans une statistique de 1923, rapporte 89 pour 100 de guérison.

Là encore, nous donnerons le résultat statistique de nos recherches.

Au point de vue pathogénique, la syphilis a été considérée longtemps comme seule responsable, mais actuellement, les études cliniques, corroborées par des examens sérologiques, tendent à démontrer que la syphilis est souvent étrangère à ces manifestations. D'autre part, le traitement anti-syphilitique ne suffit pas à juguler les hématomés et les mélènas s'il n'est pas conjugué à un traitement symptomatique approprié. Ce dernier, d'ailleurs, pratiqué à l'exclusion de toute thérapeutique anti-syphilitique, paraît agir dans la majorité des cas.

Quelles sont donc les ressources thérapeutiques les plus habituellement employées en pareil cas ? Nous verrons que l'on peut les diviser en trois groupes :

1^o La diététique, consistant surtout en la mise en repos du tube digestif ;

2^o Les agents médicamenteux tels que : chlorure de calcium, adrénaline, sérum artificiel, sérum gélatiné et sérum de cheval, préconisé depuis longtemps par M. le Professeur VORON, et employé par voie gastrique ou sous-cutanée ;

3^o La transfusion sanguine, qui, dernière venue parmi ces procédés, a des succès évidents à son actif.

Nous nous proposons d'établir la mise au point que l'on peut faire actuellement parmi les acquisitions de la thérapeutique à opposer aux hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né et de discriminer entre les différents procédés leurs indications respectives. En ce qui concerne la transfusion du sang,

nous étudierons les différentes techniques proposées et appliquées par leurs auteurs.

Nous avons relevé les observations d'hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né recueillies à la *Clinique Obstétricale de la Charité*, se rapportant à la période qui s'étend du 1^{er} janvier 1922 au 30 juin 1932. Nous y avons joint deux observations lyonnaises, publiées dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie*, par MM. VORON, RHENTER et BANSSILLON (mars 1926, n^o 3) (obs. XXV), et par MM. RHENTER, BANSSILLON et PIZZERA (février 1930) (obs. XXIX). La première nous montre l'action remarquablement rapide de la transfusion pratiquée avec le sang de la mère chez un nouveau-né paraissant très gravement compromis ; la seconde a trait à un mélæna chez un enfant issu de mère spécifique et chez lequel la transfusion eut également un résultat favorable que nous nous proposons de discuter.

OBSERVATIONS

Pour en faciliter la lecture et la comparaison, nous avons classé nos observations en cas bénins, cas graves et cas mortels, en respectant l'ordre chronologique pour chaque variété.

CAS BÉNINS

OBSERVATION I

Victoria A..., vingt-quatre ans, primipare.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires.

Très anémiée de douze à dix-huit ans, elle est actuellement peu robuste et atteinte de vaginite granuleuse.

La grossesse est bien supportée.

A. P..., 28 avril 1922.

Le 28 avril 1922 accouchement spontané en O. I. G. A. d'une fille vigoureuse de 3.480 grammes (placenta 420 grammes).

Le 1^{er} mai, mélena, l'état général est bon, pas d'hématémèse.

Le traitement habituel, sérum gélatiné, potion avec adrénaline et chlorure de calcium est institué.

Le mélæna cesse après deux selles.

Courbe de poids normale.

OBSERVATION II

Gabrielle M..., primipare.

Antécédents personnels : affection pleuro-pulmonaire et sinusite opérée deux fois.

La grossesse est bien supportée et l'accouchement prévu pour le 7 octobre 1922.

Examen général : respiration soufflante à la base droite, léger retentissement de la voix et de la toux.

Le 9 octobre 1922, accouchement spontané en O. I. G. A. d'un garçon vigoureux de 3.030 grammes (placenta 380 grammes).

Le 13 octobre 1932 : depuis hier 23 heures, l'enfant a présenté du mélæna dans quatre de ses selles. Il ne paraît pas anémié, néanmoins il est hypothermique, sa température est 36°2.

Le traitement : diète, sérum gélatiné, chlorure de calcium, adrénaline est institué.

15 octobre : l'enfant a eu sa dernière selle avec mélæna dans la nuit du 13 au 14, le traitement est malgré tout continué.

19 octobre : l'enfant va bien et depuis trois jours recommence à prendre du poids.

OBSERVATION III

Germaine L..., vingt ans, primipare.

Antécédents héréditaires : mère morte de tuberculose pulmonaire et une sœur morte de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels et physiologiques ne montrent rien d'anormal.

La grossesse est bien supportée et l'accouchement prévu pour le 14 avril 1923.

Le 5 mai 1923, accouchement spontané d'une fille vigoureuse de 3.090 grammes.

Le 6 mai l'enfant devient pâle, et on constate un mélæna que l'on soigne selon la méthode habituelle : diète, sérum gélatiné, chlorure de calcium et adrénaline.

Le 7 mai le mélæna continu, moins abondant, et disparaît le 8 mai.

Le 15 mai l'enfant est en excellente santé, sa croissance est plutôt rapide.

La courbe de poids est normale.

OBSERVATION IV

Gabrielle C..., vingt-sept ans.

Dans l'enfance a présenté une péritonite bacillaire, et une pleurésie à quinze ans.

Vomissements pendant toute la durée de la grossesse, l'accouchement est prévu pour le 5 mai. Présentation du sommet.

Le 24 mai 1923, l'accouchement a lieu normalement. L'enfant, de sexe masculin, a une vitalité moyenne et pèse 2.700 grammes.

Le 26 mai l'enfant est mis en couveuse.

Le 28 mai il présente un mélæna, sa température est 38°5. La thérapeutique habituelle est instituée et tout rentre dans l'ordre.

La courbe de poids qui est restée stationnaire pendant trois jours remonte progressivement.

OBSERVATION V

Marie J..., vingt et un ans.

Antécédents personnels : pleurésie en 1919 et bronchite en 1920.

Secondipare, rien à signaler dans la grossesse et l'accouchement antérieurs.

La grossesse actuelle est bien supportée.

Le 23 juin 1923, accouchement spontané en O. I. G. A. d'une fille vigoureuse de 3.100 grammes (placenta 480 grammes).

Le 24 juin, l'enfant présente de l'ictère.

Le 25 juin, selles sanglantes, pas d'hématémèse, on donne : sérum gélatiné et potion avec adrénaline et chlorure de calcium, l'enfant est mis à la diète hydrique.

Le 26 juin, sous l'influence du traitement le mélæna a cessé.

Le 27 juin, tout rentre dans l'ordre.

Le 3 juillet, l'enfant, qui prenait régulièrement du poids et semblait en bonne voie de guérison, présente

des troubles respiratoires avec cyanose et meurt le 4 juillet au matin dans une crise de dyspnée.

Autopsie non pratiquée.

OBSERVATION VI

Jeanne J..., vingt-quatre ans.

Secondipare sans antécédents.

La malade a présenté un gros disque d'albumine durant les trois derniers mois de sa grossesse qui est gémellaire.

Le 3 octobre 1923 accouchement ; le premier enfant naît sans incident, le deuxième est en présentation de la face avec procidence d'un bras. On pratique une version suivie d'extraction. La délivrance est plutôt petite.

Le 6 octobre, le deuxième enfant qui pesait 1.960 grammes à la naissance présente une hématomèse peu abondante. Cette hématomèse fut accompagnée de mucosité glaireuse.

Pas de mélanes.

Le 7 octobre l'enfant va très bien.

Courbe de poids normale.

OBSERVATION VII

Marie J., vingt-trois ans.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : scarlatine à douze ans.

Primipare, l'accouchement est prévu pour le 20 juillet et la grossesse bien supportée.

Le 14 juillet 1924, accouchement spontané en O. I. G. A. d'un enfant du sexe féminin de 2.800 grammes (placenta 510 grammes).

Le 16 juillet, mélaena de l'enfant ; on donne : chlorure de calcium et adrénaline.

Guérison sans autres incidents.

Courbe de poids normale.

OBSERVATION VIII

Marie P..., primipare de trente-cinq ans sans antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on trouve une variole à huit ans. La malade a souffert de rhumatisme vertébral ayant cédé au salicylate de soude. Pas d'essoufflement, mais œdème malléolaire fréquent attribué aux varices. A l'auscultation cardiaque, maladie mitrale.

Accouchement spontané à huit mois et demi en O. I. G. A. le 17 janvier 1925.

Le 19 janvier, l'enfant présente du mélaena ; la température est à 36°² le matin et le soir. Deux selles dans la journée.

Traitement : diète hydrique, sérum gélatiné, potion au chlorure de calcium et adrénaline.

Le 21 janvier, on donne 15 grammes de lait maternel et l'on continue le sérum gélatiné.

Le 22, l'enfant prend trois tétées de 20 grammes.

Le 23, guérison.

Poids de l'enfant à la naissance : 2.200 grammes (placenta, 390 grammes).

OBSERVATION IX

Valentine C..., vingt-cinq ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : furonculose récidivante de sept à treize ans. Grippe en 1918.

Primipare, l'accouchement est prévu vers le 10 mars, la grossesse est bien supportée.

Le 15 mars 1925, accouchement spontané à terme en O. I. G. A. d'un enfant de 3.380 grammes (placenta 580 grammes).

Hémorragie de la délivrance : 600 grammes.

Le 19 mars, l'enfant présente du mélæna.

Traitement : 10 centimètres cubes de gélatine dans 50 grammes d'eau sucrée, potion au chlorure de calcium et deux lavements de gélatine.

Le mélæna cesse, l'enfant a faim et guérit rapidement.

Courbe de poids normale.

OBSERVATION X

Emilie G..., trente-trois ans. Secondipare sans antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : rougeole et coqueluche.

Au premier accouchement, enfant de 2.930 grammes (placenta 560 grammes), né en état de mort apparente (vingt-cinq minutes), mort le deuxième jour dans un accès de cyanose.

Grossesse actuelle : vomissements pendant les cinq

premiers mois et douleurs lombaires pendant toute la durée de la grossesse.

Le 23 mars 1925, accouchement spontané à terme, en O. I. D. P. d'une fille vigoureuse de 3.650 grammes (placenta 460 grammes).

Le 24 mars, mélena de l'enfant, le traitement habituel est institué de suite. La guérison est rapide, l'enfant est vigoureux et sa courbe de poids normale.

OBSERVATION XI

Marie C., trente-trois ans, sans antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : scarlatine à sept ans.

Nonipare, les huit accouchements précédents se sont passés normalement.

Deux enfants sont morts de méningite.

L'accouchement est prévu pour le 21 février.

Le 9 février 1926, accouchement spontané en O. I. G. A. d'un garçon de 3.350 grammes (placenta 460 grammes).

Le 12 février, dans la nuit l'enfant présente trois selles sanglantes, sans vomissements.

Le 13 au matin, mélena pour lequel on applique le traitement habituel.

L'état général est bon, l'enfant a encore deux selles légèrement sanglantes dans la nuit.

Le 14, pas de mélena.

Le 15, selles normales, guérison.

Courbe de poids normale.

OBSERVATION XII

Secondipare âgée de vingt-neuf ans.

Antécédents héréditaires et physiologiques : ne présentent rien de particulier.

Antécédents pathologiques : rougeole, scarlatine et coqueluche.

Antécédents obstétricaux : premier accouchement à domicile d'un enfant en bonne santé.

Grossesse actuelle bien supportée.

Accouchement actuel en O. I. D. P. spontané, sans incidents, le 8 mai 1928.

Le 12 mai, apparaît un mélæna.

Traitement par le sérum de cheval en injection sous-cutanée.

L'hémorragie cesse rapidement.

Amélioration avec reprise de poids progressive.

Poids de l'enfant à la naissance, 3.230 grammes (placenta 580 grammes).

Les réactions Hecht et B.-W. sont négatives.

OBSERVATION XIII

Secondipare de trente-quatre ans.

Père et mère inconnus, antécédents personnels et physiologiques sans incidents.

Antécédents pathologiques : rougeole à dix ans, vomissements de sang à dix-huit ans et opération d'appendicite à dix-huit ans.

Antécédents obstétricaux : un accouchement normal à la maternité d'un enfant actuellement en bonne santé.

Grossesse actuelle : vomissements bilieux et alimentaires pendant toute sa durée.

Le 3 juin 1928, accouchement spontané à terme, en O. I. G. A. d'un enfant de 3.220 grammes. La délivrance est normale.

Poids du placenta : 470 grammes.

L'enfant présente le deuxième jour une hémorragie intestinale, qui dure trois jours.

Le traitement ordinaire est appliqué.

Guérison rapidement obtenue.

Les réactions Hecht et B.-W. dans le sang maternel sont négatives.

OBSERVATION XIV

Louise J..., trente ans.

Quadripare, quintigeste. Une fausse couche de deux mois et demi.

On ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

A présenté durant sa grossesse de petites hémorragies, et de l'albuminurie durant les deux derniers mois.

Le 15 décembre 1928, accouchement spontané en O. I. D. P. d'un enfant de 3.220 grammes (placenta 470 grammes).

Le 17 décembre, mélæna qui disparaît en vingt-quatre heures par la thérapeutique habituelle.

La courbe de poids est normale.

La réaction de B.-W. dans le sang maternel est négative.

OBSERVATION XV

Bénédicte G..., trente-trois ans, tertipare.

Antécédents héréditaires et personnels : néant.

Deux enfants vivants.

A présenté de l'albumine dans ses urines au sixième mois de sa grossesse.

B.-W négatif.

Le 8 mars 1929, accouchement spontané, en présentation du sommet, d'un garçon vigoureux de 4.130 grammes, présentant un circulaire du cordon (placenta 680 grammes).

Le 11 mars, selle sanglante et vomissements noirâtres ; l'enfant est mis à la diète et on lui donne du sérum gélatiné.

Le 12 mars, les phénomènes hémorragiques ont disparu.

Le 13 mars, crises convulsives sans prédominance marquée d'un côté. La ponction lombaire ramène un liquide ambré où l'on ne trouve pas de globules rouges.

On fait 45 milligrammes d'arsenic intramusculaire et des frictions mercurielles qui font disparaître ces crises convulsives en quarante-huit heures.

Le 15 mars, l'enfant est guéri et prend normalement au sein.

OBSERVATION XVI

Secondipare de vingt-neuf ans.

On ne note rien dans les antécédents héréditaires et personnels.

Grossesse bien supportée.

B.-W. négatif.

Le 2 juillet 1929, accouchement spontané en O. I. G. A. d'une fille vigoureuse de 3.600 grammes.

Circulaire du cordon.

Le 3 juillet, mélæna traité par la thérapeutique habituelle.

Le 5 juillet, nouveau mélæna peu abondant.

Le 7 juillet, dernier mélæna peu important.

La courbe de poids est normale.

OBSERVATION XVII

Louise E..., vingt-trois ans.

Primipare sans antécédents. La réaction de B.-W. pratiquée dans le sang est négative.

Le 19 juin 1930, accouchement spontané en O. I. G. A. d'un garçon vigoureux de 3.230 grammes (placenta 580 grammes).

Le 21 juin, mélæna de l'enfant traité par la diète hydrique et le sérum gélatiné.

Le 22 juin, le mélæna continue, on donne le même traitement.

Le 23 juin, selles normales, on donne 15 grammes de lait maternel toutes les quatre heures.

Le 24 juin, on donne 30 grammes de lait maternel toutes les quatre heures.

Suites simples, courbe de poids normale.

OBSERVATION XVIII

Rose G..., quarante et un ans, quintigeste.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : affections de l'enfance.

Antécédents obstétricaux : quatre accouchements spontanés, à terme.

Grossesse actuelle bien supportée.

Le 4 février 1932, accouchement spontané en O. I. G. A. d'un enfant pesant 3.360 grammes (placenta 550 grammes).

Le 6 février, l'enfant présente une hématémèse abondante, il est mis à la diète ; on lui donne : sérum gélatiné, potion avec adrénaline et chlorure de calcium, sérum de cheval en injection sous-cutanée, 5 centimètres cubes le matin et 10 centimètres cubes le soir.

L'affection cède rapidement sous l'influence du traitement médical.

Guérison ; la courbe de poids remonte progressivement.

CAS GRAVES

OBSERVATION XIX

(Publiée par MM. COMMANDEUR et EPARVIER,
in *Bulletin de la Soc. d'Obst. Gynéc.*), mars 1924.

P... Julianne, née le 24 octobre 1923, à 1 heure du matin. Poids : 3.330 grammes. Placenta : ovulaire 20 centimètres × 15 centimètres sans altération, de 550 grammes. Mère primipare, accouchement spontané. Durée totale : 26 h. 30, dont 25 heures pour la dilatation et 1 h. 30 pour l'expulsion. L'enfant a crié à sa naissance et paraît vigoureux.

Le 25 octobre, l'enfant a vers 10 heures un mélæna très abondant, sans hématémèse. On donne aussitôt trois gouttes d'adrénaline et 0 gr. 50 de chlorure de calcium.

Vers 14 heures, nouvelle hémorragie intestinale qui se renouvelle à 17 et 18 heures. Le sang est fait presque pur et s'écoule en assez grande abondance. Deux tubes de gélatine sont donnés. La température, le soir, est de 38°2. Dans la nuit, on note deux nouvelles selles sanglantes.

Le 26 octobre les hémorragies continuent. On en compte deux dans la matinée. Le petit malade est exangue, prostré. On donne deux nouveaux tubes de gélatine et on fait 2 centimètres cubes de sérum sous-cutané. Vers 12 heures, devant la gravité de l'état général et la

répétition des hémorragies, on tente une injection de sang maternel dans le sinus longitudinal de l'enfant. On prélève 2 centimètres cubes de sang mélangé à 2 centimètres cubes de citrate de soude. L'injection est poussée très lentement, après introduction de l'aiguille au niveau de l'angle postérieur de la grande fontanelle. Pendant les quelques minutes qui suivent l'injection, on note des phénomènes de shock caractéristiques. L'enfant semble sidéré, présente un strabisme convergent très marqué, une respiration entrecoupée, difficile. Ces signes s'atténuent assez vite. Dans la soirée, on ne relève plus aucune hémorragie. L'enfant a même une très petite selle verte de la grosseur d'un pois. La température est de 37°9.

Le 27 octobre, l'enfant n'a pas saigné durant la nuit. Au matin, lorsqu'on lui met le thermomètre, on obtient une selle jaune verdâtre sans trace de sang aucune. L'état général semble amélioré, la température est cependant à 38 degrés. Le cœur a un rythme normal. A partir de midi, on donne à l'enfant deux cuillerées à café de lait maternel toutes les heures, cela pendant huit heures. On y adjoint deux gouttes d'adrénaline et un tube de gélatine. La température est le soir de 37°2. Aucune autre hémorragie ne s'est produite. Pendant la nuit, on continue à donner à l'enfant deux cuillerées à café de lait, mais seulement toutes les deux heures.

Le 28 octobre, l'amélioration est de plus en plus marquée. L'enfant a eu deux selles le matin : l'une à 5 heures, l'autre à 9 heures. Elles sont de coloration jaune verdâtre, peu abondantes. A partir de midi on lui fait donner le sein : 40 grammes à 14 heures et autant à 20 heu-

res. Dans la nuit, l'enfant prend deux autres tétées, l'une à minuit, l'autre à 5 heures.

Le 29 octobre, l'enfant a eu deux nouvelles selles dans la matinée. Température à 36°6.

Le 7 novembre, l'enfant perd du poids depuis quatre jours, il ne vomit pas. Les selles sont normales. Injection dans les masses musculaires du dos de 2 centimètres cubes de sérum de cheval qui est bien toléré. L'enfant reprend du poids les jours suivants.

Le 11 novembre, nouvelle injection de sérum de cheval, par méthode fractionnée : 1° 1/4 centimètre cube ; 2° 1/2 centimètre cube ; 3° 1 cc 5. Pas d'accidents anaphylactiques. L'enfant prend environ 40 grammes par jour. Pas de vomissements, ni de phénomènes diarrhéiques.

OBSERVATION XX

Jeanne D..., vingt-neuf ans, primipare.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Examen général : la malade qui présente un faciès thyroïdien, est porteuse d'un goître.

Le 11 avril 1924, accouchement spontané en O. I. G. A. d'un garçon étonné de 2.800 grammes, qui présente une grosse bosse séro-sanguine sur le pariétal droit.

Le 12 avril, à 9 heures, hématémèse de sang rouge, on démaillote l'enfant et l'on constate un mélæna assez abondant.

La température est à 36°2, le faciès est pâle, M. le Professeur COMMANDEUR examine l'enfant à 10 heures et

demie et constate un nouveau mélæna de sang visqueux, ayant l'apparence d'une gelée sanglante.

On donne du sérum gélatiné et une potion avec deux gouttes d'adrénaline et 0 gr. 50 de chlorure de calcium.

A 11 heures, on constate que l'enfant présente une petite hernie inguinale gauche facile à réduire.

Le mélæna continuant, on examine le sang de la mère et de l'enfant, en vue d'une transfusion ; tous les deux sont du groupe I.

A 16 heures, on donne 10 centimètres cubes de sérum gélatiné, on fait 20 centimètres cubes de sérum de cheval sous-cutané et 10 centimètres cubes en lavement.

La nuit est bonne, avec une seule selle sanglante.

Le 13 avril, une selle sanglante le matin, l'état général est très amélioré, la température est à 38 degrés.

Le 14 avril, la mère n'ayant pas de lait, on alimente l'enfant avec le lait d'une nourrice, et l'enfant guérit rapidement.

Courbe de poids normale.

OBSERVATION XXI

Anne S., primipare.

On ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Le 11 mai 1925, accouchement spontané en O. I. G. A. d'un enfant de sexe masculin, vigoureux, pesant 3.410 grammes.

Le 13 mai, à quatre heures, hématomène abondante, selle avec méconium. Les hématoxènes se renouvellent dans

la matinée et sont abondantes. L'enfant vomit des caillots, ses selles sont devenues noirâtres, et il présente un mélæna typique.

Traitement : diète, glace sur l'abdomen, adrénaline et chlorure de calcium en potion, sérum gélatiné et on fait matin et soir une injection sous-cutanée de 15 centimètres cubes de sérum de cheval.

Dans la soirée les hématomèses ont disparu, le mélæna persiste.

Le 14 mai, hématomèse peu abondante qui cesse lorsque l'on administre la potion, adrénaline deux gouttes et chlorure de calcium 0 gr. 50. Le mélæna continue.

Le 16 mai, les selles sont toujours noirâtres.

L'enfant prend 20 grammes au sein toutes les quatre heures et guérit.

La courbe de poids remonte progressivement.

OBSERVATION XXII

Secondipare de quarante ans, sans antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : bronchite fréquente.

Grossesse actuelle bien supportée.

Le 3 juin 1925, accouchement prématuré spontané en O. I. D. A. d'un enfant de 2.120 grammes.

Poids du placenta : 350 grammes.

Le 4 juin, dans la matinée, on constate que l'enfant a un mélæna assez abondant. Il est pâle. Une potion adrénaline et chlorure de calcium est administrée.

Le 5 juin, dans la matinée, nouveau mélæna, moins

abondant. L'état général est mauvais, l'enfant semble deshydraté. On lui fait 10 centimètres cubes de sérum physiologique sous la peau de l'abdomen.

Guérison.

OBSERVATION XXIII

Secondipare de dix-neuf ans, ayant eu la rougeole en bas âge ; bonne santé habituelle.

Premier accouchement normal, enfant décédé à la naissance.

Le 3 janvier 1926, accouchement spontané, à terme, en O. I. D. P. d'un enfant de 2.190 grammes.

Poids du placenta : 390 grammes.

Le 5 janvier, mélæna de l'enfant. L'hémorragie est abondante, les selles ont une coloration noirâtre, on y trouve cependant un peu de sang pur.

Le 6 janvier, on peut évaluer 150 grammes environ, la quantité de sang perdu.

Le traitement habituel arrête l'hémorragie.

OBSERVATION XXIV

Tertipare, quartigeste, trente-deux ans.

Antécédents héréditaires : père mort d'affection pulmonaire, mère morte d'affection cardiaque. Rien de pathologique dans les antécédents personnels.

Antécédents obstétricaux : on relève :

1° une fausse couche de deux mois ;

2° et 3° deux filles, de quatre ans et deux ans, nées à terme et en bonne santé.

Le 27 janvier 1926, accouchement spontané, à terme, en O. I. G. A. d'un enfant de 3.260 grammes.

Poids du placenta : 500 grammes.

Le 28 janvier, mélena, expulsion de 40 à 50 grammes de sang pur.

On applique le traitement habituel.

Le 30 janvier, l'enfant présente deux selles franchement noires.

Guérison sous l'influence du traitement.

OBSERVATION XXV

(Publiée par MM. VORON, RHENTER et BANSSILLON,
in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1926).

Enfant du sexe masculin pesant 2.700 grammes à la naissance. La mère, primipare, est bien portante et ne présente aucune tare héréditaire ou personnelle.

Six heures après l'accouchement, qui se passe sans incident, l'enfant eut une hématomèse de sang rouge, en même temps que le méconium prenait une teinte sombre. Malgré une injection immédiate de sécacornine, puis, après quelques heures, de sérum de cheval, à la dose de 10 centimètres cubes, l'hématomèse se reproduisit plus abondante, et des stries sanglantes apparurent dans les selles. En même temps l'enfant pâlisait et son état général devenait de plus en plus déficient. On essaya

alors une transfusion de sang maternel citraté, mais la pénétration dans le sinus longitudinal parût difficile, dès le début de l'injection l'enfant se cyanose et l'on ne persista pas dans la tentative.

Vingt-quatre heures après, l'enfant, qui avait été mis en couveuse et avait reçu une injection de 20 centimètres cubes de sérum artificiel renfermant 5 centimètres cubes de sérum de cheval, présenta de nouveau une forte hématomèse qui se reproduisit à plusieurs reprises, en même temps que se caractérisait le méléna. L'enfant dont la température est de 35°4, présente une dyspnée continue, est incapable de déglutir et son état apparaît comme tout à fait alarmant. On décide alors de pratiquer une nouvelle transfusion. L'épreuve de Beth-Vincent, ayant révélé que mère et enfant appartiennent au groupe II, on pratique, cette fois sans difficulté ni incidents, au niveau de l'angle postérieur du Bregma une injection très lente de 12 centimètres cubes de sang maternel citraté à 5 pour 100. L'enfant supporte bien la transfusion et vingt-quatre heures après son état général apparaît comme très nettement amélioré.

La dyspnée a disparu, la température est remontée à 36°8, le teint est moins cireux, les hémorragies gastro-intestinales ne se sont pas reproduites. On a d'ailleurs pratiqué une injection de 20 centimètres cubes de sérum artificiel sous la peau et fait absorber de la gélatine par la bouche.

Trente-six heures après la transfusion l'allaitement est repris de façon prudente et très rapidement l'enfant prend le sein normalement.

Au quinzième jour, à sa sortie du service, il pèse 2.650

grammes, s'alimente de façon régulière et normale, et présente l'aspect d'un enfant évidemment prématuré, mais dont la guérison peut être considérée comme acquise.

OBSERVATION XXVI

Marie-Louise P..., vingt ans, secondipare.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

A accouché spontanément d'une fille qui est en bonne santé.

Vomissements au deuxième mois de la grossesse actuelle.

Le 28 mars 1929, accouchement spontané en O. I. D. P. d'une fille vigoureuse de 3.400 grammes (placenta 500 grammes).

Le 30 mars 1929, l'enfant présente un mélæna abondant.

Traitement : diète, sérum gélatiné et 10 centimètres cubes de sérum de cheval sous-cutané.

Le 31 mars, le mélæna continue, abondant, on continue le même traitement.

Le 1^{er} avril, on donne à l'enfant une première tétée de 15 grammes, puis deux de 20 grammes. Guérison.

La courbe de poids remonte lentement.

Le B.-W. dans le sang de la mère est négatif.

OBSERVATION XXVII

Anna S..., vingt-cinq ans, primipare.

Antécédents héréditaires et personnels : rien de particulier à noter.

Le 2 septembre 1930, accouchement spontané, en présentation du siège complet d'un enfant du sexe féminin pesant 2.030 grammes. L'enfant naît étonné et présente une circulaire en écharpe du cordon.

Le poids du placenta est de 400 grammes.

Le 4 septembre, mélæna important qui dure deux jours.

Le traitement habituel est institué.

L'enfant sort de l'hôpital, guéri, le septième jour.

Le B.-W. dans le sang maternel est négatif.

OBSERVATION XXVIII

Marie D..., trente ans, quartipare.

Trois accouchements antérieurs à domicile dont un forceps.

Un enfant mort de méningite.

A eu la grippe en 1918.

Grossesse bien supportée.

Le 31 octobre 1930, accouchement spontané en O. I. G. A. d'une fille étonnée, flasque et pâle de 3.150 grammes, présentant une circulaire du cordon.

Poids du placenta : 520 grammes.

Le 2 novembre, hématomèse et mélæna importants.

L'enfant devient rapidement pâle et présente un mauvais état général.

Traitement : diète, sérum gélatiné, adrénaline, chlorure de calcium et 10 centimètres cubes de sérum de cheval sous-cutané.

Cette thérapeutique arrête les phénomènes hémorragiques en vingt-quatre heures.

Courbe de poids normale.

Le B.-W. de la mère est négatif.

OBSERVATION XXIX

(Publiée par MM. RHENTER, BANSSILLON et PIZZERA,
in *Bulletin de la Soc. d'Obst et Gynéc.*, février 1930).

Mme X..., vingt-cinq ans, accouche à l'hôpital de la Croix-Rousse dans des conditions parfaitement normales de son premier enfant qui pèse 3.540 grammes avec un placenta de 650 grammes. On avait été frappé dès le premier examen de la malade par la présence à la face interne de la grande lèvre gauche d'une ulcération ovale sur base indurée, qui paraissait bien présenter les caractères d'un accident primaire, diagnostic que le Dr BONNET confirma ultérieurement. La réaction de B.-W pratiquée chez la mère fut très positive.

Après quatre jours de développement normal, on constate dans les selles de l'enfant la présence de sang pur, puis, très rapidement se caractérisa un mélæna typique. Malgré le traitement classique, diète, gélatine, sérum de cheval, sérum artificiel, les selles restent franchement sanglantes et, après trois jours, le nouveau-né présente

une pâleur cireuse, de la dyspnée, de l'hypothermie, et ses réactions deviennent de plus en plus faibles.

Il fut alors décidé de recourir à une transfusion de sang. Après une épreuve d'agglutination, 12 centimètres cubes de sang maternel citraté furent injectés dans le sinus longitudinal supérieur, au niveau de l'angle postérieur de la grande fontanelle. L'intervention ne fut suivie d'aucun choc, et, dès le lendemain, on constate une amélioration des symptômes généraux et la disparition du sang dans les selles.

L'alimentation put être reprise au troisième jour, et actuellement la guérison peut être considérée comme définitivement assurée.

OBSERVATION XXX

Hélène D..., vingt-cinq ans, primipare.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : rougeole en bas âge.

Grossesse bien supportée.

Le 14 janvier 1932, accouchement spontané en O. I. D. P. d'un garçon vigoureux de 4.000 grammes (placenta 580 grammes).

Le 17 janvier, dans la nuit, l'enfant a présenté un mélæna grave, très abondant.

Le traitement habituel est institué de suite, le mélæna continue durant toute la journée, l'état général est fortement touché, l'enfant est pâle, hypothermique.

Le soir on lui fait 10 centimètres cubes de sérum de cheval sous-cutané.

Le 18 janvier, le traitement est continué : on fait, le matin et le soir, 10 centimètres cubes de sérum de cheval en injection sous-cutanée.

Le 19 janvier, le mélæna a cessé sous l'influence de la thérapeutique ; on met l'enfant au sein, progressivement.

Guérison.

Reprise rapide de poids.

CAS MORTELS

OBSERVATION XXXI

Enfant du sexe masculin, né le 5 juin 1924, à 16 heures. Poids : 4.280 grammes. Placenta longitudinal de 18 centimètres × 28 centimètres, sans altération, pesant 550 grammes. Mère secundipare : premier enfant né à terme normalement. Enfant actuel né après un accouchement spontané ayant duré dix heures dont neuf heures pour la dilatation et une heure pour l'expulsion. L'enfant est vigoureux et il n'y a rien à signaler à son sujet.

Le 7 juin, à 20 heures, on constate un premier mélæna peu abondant.

Le 8 juin, dans la nuit du 7 au 8, l'enfant a perdu du sang en abondance, tachant plusieurs langes dans lesquels on trouve la présence de caillots. On constate la présence de taches purpuriques, surtout au niveau de la face. Face pâle, lèvres décolorées. Dyspnée légère. Pendant toute la journée, on donne à l'enfant du chlorure de calcium et de l'eau adrénalinée.

Le 9 juin, à 3 heures, la Sœur de garde constate que l'aspect de l'enfant a changé brusquement. Il est beaucoup plus pâle et surtout présente une dyspnée rapide avec râle trachéal. Le D^r EPARVIER, prévenu, décide, à 4 h. 30, de pratiquer une transfusion de sang.

Transfusion : seringue de 20 centimètres cubes, renfermant 2 centimètres cubes de solution de citrate de soude. On prélève au pli du coude 20 centimètres cubes de sang de la mère. On réinjecte lentement le sang citraté dans le sinus longitudinal de l'enfant, en passant par la grande fontanelle. Durée de la réinjection : 130 secondes. Pendant et après l'injection, on note peu de modifications de l'aspect de l'enfant, qui manifeste cependant quelques mouvements spasmodiques au niveau du menton. A 8 heures, le cornage a disparu, mais la respiration est rapide et superficielle. Le nombre des taches purpuriques paraît avoir augmenté. On fait prendre 15 grammes de lait.

A 18 heures, pas de modification bien considérable. Les lèvres sont de plus en plus décolorées. Méléna peu abondant. A 20 heures, on fait une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum. Lait : 15 grammes.

Le 10 juin, l'enfant semble aller mieux. Il a fait encore du sang dans la nuit, mais le matin la respiration paraît moins rapide et plus régulière. Pas de nouvelles taches purpuriques. Il prend facilement 15 grammes de lait. On fait à nouveau 20 centimètres cubes de sérum.

A 17 heures, l'enfant a de nouveau une importante hémorragie intestinale. Son état s'est subitement aggravé. Recrudescence de la dyspnée. Le corps est froid, mais la température ne peut être prise, car le thermomètre

fait saigner. On fait à nouveau 15 centimètres cubes de sérum.

A 19 heures, l'état continuant à s'aggraver, on décide de pratiquer une nouvelle transfusion : sang maternel 15 centimètres cubes avec 1 centimètre cube de solution citratée. Injection dans le sinus longitudinal supérieur avec la même technique que précédemment. Le sang est poussé très lentement. A la fin de l'injection, l'enfant cesse brusquement de respirer. Après une période d'apnée absolue d'une durée de trois à quatre minutes environ, et sous l'influence semble-t-il d'inhalations d'oxygène immédiatement pratiquées, la respiration se rétablit difficilement. On note à ce moment du strabisme convergent.

A 19 h. 50, mort de l'enfant. Autopsie impossible.

OBSERVATION XXXII

Françoise B..., 29 ans. Primipare.

Antécédents héréditaires : mère morte à 47 ans d'une attaque d'apoplexie ; père en bonne santé.

A 15 ans, cette femme a présenté du rhumatisme articulaire aigu. Les règles sont courtes et douloureuses.

A l'examen, on se trouve en présence d'une rhumatisme. On note à l'auscultation du cœur un souffle systolique. La malade présente quelques symptômes de pré-éclampsie, sa tension artérielle maxima est de 17.

Le 5 juin 1926, accouchement spontané à 8 mois

et demi, en O. I. G. A., d'un enfant de 1.860 grammes (placenta 400 grammes).

Le 8 juin 1926, le mélæna apparaît, on fait le traitement habituel : sérum gélatiné, adrénaline et sérum de cheval sous-cutané.

Le 9 juin, une petite hémorragie apparaît au niveau de la piqûre sous-cutanée. Puis apparaissent des vomissements bilieux et noirâtres. Le mélæna cesse.

Le 10 juin, mort de l'enfant après augmentation d'intensité des vomissements.

OBSERVATION XXXIII

Henriette B..., trente-cinq ans, sans antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : appendicite opérée à douze ans et pleurésie en 1918.

Antécédents obstétricaux : premier accouchement normal, à terme, enfant en bonne santé ; deuxième accouchement spontané à terme, enfant mort à six ans d'affection pulmonaire.

Le 10 juin 1926 : accouchement spontané, à terme, d'un enfant de 3070 grammes (placenta 470 grammes).

Le 13 juin, vers 6 heures, l'enfant étant très pâle, on défait le lange et on trouve du mélæna. A 9 heures, selle de sang pur. A 11 heures, troisième selle sanglante. On fait 10 centimètres cubes de sérum sous-cutané, renouvelé à 13 h. 30 et à 17 heures.

Dans la nuit du 13 au 14 on constate trois nouveaux mélænas.

Le 14 juin, nouvelle selle sanglante à 10 heures. On fait 10 centimètres cubes de sérum sous-cutané et l'on tente sans succès une transfusion. On joint à cette médication la potion habituelle à l'adrénaline et chlorure de calcium. Malgré le traitement, la pâleur de l'enfant est extrême.

Le 15 juin, l'enfant meurt dans la journée.

OBSERVATION XXXIV

Micheline W..., dix-neuf ans, primipare, sans antécédents héréditaires ou personnels.

La grossesse actuelle a été troublée pendant toute sa durée par des vomissements.

Le 31 janvier 1927 : accouchement spontané en O. I. D. P. d'une fille vigoureuse, de 3.010 grammes (placenta 530 grammes).

Le 2 février 1932, à 9 heures, mélæna. L'hémorragie est abondante de 17 à 18 heures.

On fait un traitement gélatiné.

Le soir l'enfant présente une hématémèse abondante et meurt rapidement.

Autopsie : on trouve une petite ulcération au niveau de la deuxième portion du duodénum.

La réaction B. W. dans le sang de la mère est légèrement positive.

OBSERVATION XXXV

(Publiée par MM. VORON et BANSILLON,
in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1931.

Mme P..., vingt-sept ans, primipare, robuste, sans antécédents pathologiques dignes d'être signalés. Pas de présomption de syphilis, la réaction du B.-W. est négative.

Le 23 décembre 1930, accouchement d'un enfant de sexe masculin, vigoureux, pesant 3.600 grammes (placenta 700 grammes).

L'enfant présente vingt heures après la naissance une hématomèse de sang rouge, assez abondante qui se renouvelle douze heures après, accompagnée cette fois de mélæna. Le traitement habituel, diète hydrique avec sérum gélatiné, potion avec 0 gr. 50 de chlorure de calcium et deux gouttes de la solution d'adrénaline à un millième est institué.

Cette thérapeutique échoue ; on pratique alors des injections de sérum physiologique et 20 centimètres cubes de sérum de cheval par doses fractionnées.

Ce traitement échoue comme le précédent. Les phénomènes hémorragiques continuent et trois jours après la naissance, l'enfant avait perdu 780 grammes. La température oscille entre 38°4 et 39°, l'enfant est très touché, sa respiration rapide, tout concorde pour justifier les plus grandes craintes sur la survie de ce nouveau-né.

Le quatrième jour, bien que l'hématémèse ne se soit pas reproduite depuis dix-huit heures, le mélæna continue abondant, et l'état général décline de plus en plus.

On pratique alors une transfusion du sang maternel citraté avec les précautions d'usage. Celle-ci, de 15 centimètres cubes, fut parfaitement supportée. Le seul point digne de remarque fut la difficulté réelle que l'on eut à pratiquer la ponction de repérage du sinus longitudinal supérieur, par suite du degré d'ossification très avancé des sutures et des fontanelles.

L'enfant ne présenta ni raideur ni phénomènes convulsifs ; néanmoins, malgré l'absence de nouvelles pertes sanguines, il succomba vingt-six heures après la transfusion, son état général ne s'étant pas remonté.

La vérification anatomique permet de déceler les points suivants : l'examen du tube digestif fait d'un bout à l'autre du tractus ne révéla aucune ulcération, mais seulement une hyperémie gastro-intestinale étendue.

Enfin, l'examen du crâne montra une petite perforation du sinus longitudinal, visible à la loupe, avec un hématome extra-duremérien de la largeur d'une pièce de cinq francs qui indiquait que l'on avait pratiqué la perforation du lac sanguin au cours des manœuvres de ponction.

OBSERVATION XXXVI

Mme G..., trente-neuf ans.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires ou personnels.

Antécédents obstétricaux : six accouchements précédents se sont passés normalement, cinq enfants sont bien portants, l'un est mort d'affection pulmonaire.

La grossesse actuelle est bien supportée.

Le 26 juillet 1931, accouchement spontané, en O. I. G. A. d'un garçon de 3.500 grammes (placenta 490 grammes).

Le 29 juillet, mélæna assez abondant à la quarante-huitième heure. Ce mélæna a été précédé de crises convulsives avec cyanose ayant cédé aux inhalations d'oxygène et aux frictions mercurielles.

Le traitement symptomatique habituel, sérum gélatiné, adrénaline, chlorure de calcium est institué, et l'on continue également le traitement antisypilitique.

Le 31 juillet, le mélæna persiste et en même temps apparaissent des hématémèses. On pratique une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum de cheval.

Mort rapide, le 1^{er} août, avant que l'on puisse discuter l'opportunité d'une transfusion sanguine.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XXXVII

Louise L..., vingt-six ans, primipare.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

La grossesse actuelle est bien supportée.

Le 23 mars 1932, accouchement en présentation du sommet, pour lequel il est nécessaire de faire une extraction au forceps. Déchirure de la cloison recto-vaginale au cours du dégagement. L'enfant naît étonné, il pèse 3.050 grammes (placenta 610 grammes).

Le 25 mars, l'enfant présente une hématémèse extrê-

mement abondante qui fut suivie de méléna quelques heures après.

L'enfant meurt rapidement avant qu'une thérapeutique puisse être instituée.

Autopsie : estomac rempli de caillots, un peu de sang rouge au début de l'intestin grêle. On constate une petite ecchymose de la grosseur d'un pois, siégeant à la petite courbure de l'estomac. Pas d'autres foyers hémorragiques.

La mort est due à une abondante hémorragie à point de départ stomacal.

La spécificité ne semble pas en cause.

ÉTUDE ANALYTIQUE DES RÉSULTATS OBSERVÉS

Nous croyons utile, avant de discuter le point de vue thérapeutique proprement dit, d'établir une statistique personnelle basée sur nos observations.

Nous avons recherché les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né qui se sont produites à la Clinique Obstétricale de la Charité, du 1^{er} janvier 1922 au 30 juin 1932 ; nous en avons trouvé 35 cas. Nous avons ajouté, pour l'étude thérapeutique, deux cas lyonnais que nous excluons de notre statistique car l'un a eu lieu à la Maternité de la Charité, l'autre à celle de la Croix-Rousse.

Durant la période précitée, 12.215 accouchements ont eu lieu à la Clinique, ce qui nous donne 1 cas d'hémorragie gastro-intestinale pour 350 nouveau-nés, soit 0,28 pour 100.

Il résulte de nos recherches que la fréquence de cette affection est plus grande que ne l'ont trouvé POURSAIN (1 cas sur 500), MASSIE (1 cas sur 800 accouchements) et LEQUEUX, dont la statistique donne 0,18 pour 100, soit 1 cas sur 550 accouchements.

Elle est voisine de celle trouvée par HERRGOT, qui donne 1 cas sur 300 accouchements.

Les caractéristiques essentielles de nos observations se répartissent ainsi :

Hématémèses : 2 cas ; pas de décès.

Mélènas : 24 cas ; 2 décès.

Mélènas et hématémèses associés : 9 cas ; 5 décès.

La mortalité générale a été de 7 sur 35, soit 20 pour 100.

Si nous considérons isolément les différentes manifestations de ces hémorragies, nous voyons que les cas d'hématémèses isolées sont de beaucoup les plus rares. Cette forme, d'ailleurs, ne se manifeste que de deux façons : soit que l'hématémèse, abondante d'emblée, entraîne la mort du nourrisson avant que toute autre extériorisation hémorragique puisse se produire ; soit que (et c'est le cas des deux observations relevées) cette hémorragie soit unique et de faible intensité, le sang n'ayant pas de ce fait la possibilité de parcourir tout le tractus digestif, soit que l'hémorragie abondante s'expulse en totalité par les vomissements.

L'association de mélèna et hématémèse a été constatée dans un quart des cas et a été de beaucoup la plus grave puisque, sur 9 cas observés, 5 ont été mortels, ce qui nous donne, pour cette manifestation, 55 pour 100 de mortalité.

Enfin, lorsque la seule manifestation a été le mélèna, ce qui arrive le plus fréquemment, puisque cette forme a été observée 24 fois sur 35, la mortalité est réduite à 8,8 pour 100.

Sur les 7 cas mortels, 4 l'ont été rapidement, avant qu'une thérapeutique appropriée ait pu être mise en œuvre.

De nos statistiques, il ressort que la mortalité est beaucoup moindre que celle indiquée par les anciens auteurs ; elle est cependant plus forte que la statistique de VIGNES, qui obtient 89 pour 100 de guérison. En ce qui concerne le mélæna, nous sommes en plein accord avec l'opinion de M. le Professeur VORON qui écrivait, en 1909, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris* : « Je veux insister sur la bénignité relative du mélæna. J'ai eu l'occasion d'en observer, depuis un an, une douzaine de cas. Tous les petits malades ont guéri, sauf un. Il y aurait lieu, en conséquence, de modifier l'opinion classique qui attribue aux hémorragies de cet ordre une mortalité de 40 à 50 pour 100. »

La syphilis a pu être mise en évidence dans quelques cas ; l'observation XXIX est cependant la seule où l'on ait la certitude de l'étiologie, la syphilis de la mère étant mise en évidence par l'examen clinique et confirmée par l'examen sérologique. Dans trois autres observations (XV, XXXIV et XXXVI) l'enfant a présenté des accidents convulsifs qui ont cédé au traitement antisyphtique. Trois de ces manifestations hémorragiques, parmi celles relevées à la Clinique, peuvent donc être attribuées, dans une certaine mesure, à la syphilis, cette étiologie se retrouvant ainsi dans environ 8 pour 100 des cas.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

En présence de ces hémorragies digestives, comment devra-t-on instituer un traitement ?

Il est évident que, dans la généralité des cas, on ne pourra songer à une thérapeutique de la cause, exception faite des cas où la syphilis paraît évidente ou probable. L'étude de nos observations (obs. XV, XXIX, XXXVI) nous montre dans deux cas des manifestations nerveuses (crises convulsives), ayant cédé au traitement antisypilitique. Ces manifestations ont précédé les phénomènes hémorragiques. Dans le troisième cas la syphilis maternelle a été mise en évidence par l'examen clinique et confirmée par un examen sérologique. Dans ces trois cas le traitement spécifique a été pratiqué et son opportunité paraissait indiscutable.

La diététique associée à un traitement symptomatique est d'une efficacité plus grande et suffit, dans presque tous les cas, à assurer la guérison.

Le premier point, capital, sera de s'abstenir de donner à ces enfants du lait quelle qu'en soit l'origine, et on mettra en pratique une diète hydrique

sévère qui aura pour résultat de laisser au repos le tube digestif et de permettre la cicatrisation des surfaces ulcératives.

Enfin, on essaiera d'agir sur la coagulabilité sanguine, de lutter contre la déshydratation et l'anémie aigue hémorragique qui peut être considérable chez ces nouveau-nés.

On pourra avec avantage, comme l'indiquait **COMMANDEUR**, adjoindre à l'eau de boisson une certaine quantité de sérum gélatiné que l'on trouve actuellement dans le commerce avec des garanties d'asepsie suffisantes. Dans la pratique, on mélangera 10 centimètres cubes de ce produit à 100 grammes d'eau bouillie très sucrée. On fera absorber chaque heure ce mélange, par doses fractionnées ; si l'enfant dort, on se trouvera bien de respecter son sommeil, mais il est à noter que le repos n'est en général que de courte durée dans les formes sévères.

On pourra combiner aux premiers médicaments, ou leur substituer en cas d'échec, la simple formule suivante ou une similaire :

Adrénaline à 1/1000 ^e	II gouttes.
Chlorure de calcium	0 gr. 50
Eau bouillie.	30 gr.

A prendre en vingt-quatre heures, par cuillerées à café.

Si l'enfant perd du poids assez rapidement, on pensera à lui injecter 20 à 30 grammes de sérum physiologique.

Ce traitement, comme on le voit, est simple, à la portée de tous, et, le plus souvent, il est suffisant ; il a été appliqué à la Clinique Obstétricale dans la plupart des cas et a toujours donné d'excellents résultats, sans qu'il soit nécessaire d'employer aucune autre thérapeutique. L'examen de nos observations montre que ce traitement a suffi à amener la guérison dans 19 cas, dont 16 bénins et 3 graves.

En cas d'échec, tout en continuant la même diététique prudente, on se trouvera bien, ainsi que le prescrit volontiers M. le Professeur VORON, du sérum de cheval employé par voie digestive ou sous-cutanée à la dose de 10 à 20 centimètres cubes ; on aura intérêt à fractionner en deux ou trois fois par vingt-quatre heures. Une amélioration rapide et la guérison ont été obtenues dans 7 cas.

Dans 5 cas il a été nécessaire de recourir à la dernière possibilité thérapeutique, à savoir : la transfusion sanguine que nous allons étudier plus particulièrement.

L'idée de la transfusion sanguine est fort ancienne et, de tous temps, on eut le désir de triompher de la sénilité, de la débilité, de l'anémie hémorragique par l'injection dans les vaisseaux de sang frais, jeune et vigoureux

En 1492, l'essai de cette intervention fut tenté sur le Pape Innocent VIII. En 1615, LIBARIUS décrit une méthode de transfusion directe artério-artérielle. A la suite des travaux de HARVEY, des expériences furent faites sur les animaux ; puis viennent les essais de transfusion artério-veineuse d'animal

à homme, de DENYS et EMMERETZ, en 1667, ceux de Jean-Daniel MAYOR, en Allemagne, et de LOWER, en Angleterre

En 1668, RUY et COXE réussissent la transfusion veino-veineuse

Le succès fut immense, mais il y eut des désastres et, à la suite d'un cas malheureux de DENYS, un arrêt du *Châtelet*, en date du 17 avril 1668, puis un arrêt du Parlement, du 10 janvier 1670, interdirent la transfusion et la firent tomber dans l'oubli.

BLUNDELL, chirurgien anglais, à propos d'une hémorragie utérine, en 1818, songea à la transfusion à l'aide d'une seringue

On trouve, de 1825 à 1868, 368 cas de transfusion, soit de sang total, soit de sang défibriné selon la méthode de BISCHOFF pour éviter les embolies.

De graves accidents dus à l'hémolyse furent constatés ; la coagulation du sang rendant la technique difficile, la transfusion du sang fut de nouveau discréditée, et l'apparition du sérum artificiel de HAYEM, en 1882, lui porta le dernier coup.

En 1907, CRILE, en Amérique, rénove la transfusion directe à l'aide d'une canule intermédiaire, et, en 1912-1913, CARREL, TUFFIER et GUILLOT-DEHELLY introduisent cette méthode en France.

A cette même époque, la notion des groupes sanguins, la connaissance et l'étude des phénomènes de l'agglutination et de l'hémolyse permettent l'explication des phénomènes graves observés. On pouvait, dès lors, éviter les accidents dus à l'incompatibilité des groupes de sang, mais il restait à retarder ou

à empêcher la coagulation pour rendre la transfusion vraiment pratique et sans danger.

VON RIEMSEN, CURTISS, DAVID, de 1911 à 1913, essayèrent le récipient paraffiné ; HUSTIN, de Bruxelles, rend le sang incoagulable par une dilution dans le sérum glucosé-citraté, méthode reprise plus tard par DUPUY DE FRENELLE.

De 1914 à 1916, Américains et Allemands pratiquent la transfusion de sang rendu incoagulable par l'addition d'une solution citratée ; cette méthode reste ignorée en France et ne fut pratiquée qu'en 1917, grâce aux Professeurs JEANBRAU et HÉDON.

Employée presque exclusivement dans les hémorragies chirurgicales et obstétricales et contre le shok, la transfusion voit ses indications s'élargir grâce aux travaux de P.-E. WEILL à des affections médicales.

Les hémorragies du nouveau-né parurent devoir être justiciables de cette méthode. A la suite de la première observation de BREWER et CARREL, en 1907, la méthode fut vulgarisée et employée fréquemment en Amérique. La statistique de KERR CROSS, dont l'expérience porte sur 394 cas, en est un exemple suffisant.

En France, VIGNES a été le premier à la préconiser, en 1922, et il rapporte 10 cas de transfusion par la voie du sinus longitudinal supérieur. On trouve ensuite de multiples publications dont celles de :

R. LABBÉ et S. AIZIÈRES, 1923 ;

OMBRÉDANE, 1923 ;

VERMELIN et MICHON, 1924 ;
COMMANDEUR et EPARVIER, 1924 ;
GUÉNIOT et SÉGUY, 1925 ;
FAVREAU et LAPERVERNCHÉ, 1925 ;
SALAVERTE et GIRAUDON, 1925 ;
VORON, RHENTER et BANSSILLON, 1926 ;
GIRAUDON, 1926.

Ce court historique démontre que la transfusion du sang est une méthode qui rapidement a eu la faveur de nombreux accoucheurs ; elle a été appliquée d'une manière assez étendue au cours de ces dernières années, toutes les observations n'en ayant d'ailleurs pas été publiées.

Quel peut donc être le mode d'action supposé de la transfusion sanguine ?

Celle-ci paraît agir selon le double processus invoqué chez l'adulte. Le premier réside dans le relèvement rapide de l'état général d'un sujet gravement anémié, par l'introduction rapide dans l'organisme, d'une masse importante de globules sanguins vivants et actifs. Le deuxième représente incontestablement une action hémostatique, car on sait depuis longtemps (JEANBRAU, P.-E. WEILL, AUBERTIN, etc.) que la transfusion suractive les organes hémato-poïétiques et modifie considérablement le temps de la coagulation.

Cette double action se produit chez le nouveau-né, et l'on comprend parfaitement que l'on en ait tenté l'emploi en présence d'hémorragies gastro-intestinales incoercibles. Le seul point qui semble en avoir

retardé l'application est représenté par les difficultés techniques.

La première voie d'injection fut tentée dans les veines superficielles du cou et du crâne (veines jugulaires externes et veines épicroaniennes). Ces vaisseaux avaient de multiples inconvénients dont le premier était d'être souvent inaccessibles, rendant de ce fait impossible toute tentative d'injection intra-veineuse ; de plus, des accidents ont été signalés, notamment en ce qui concerne la voie jugulaire (anévrismes, complications septiques), ce qui fait que la transfusion sanguine ne s'est généralisée que depuis la possibilité d'utilisation du sinus longitudinal supérieur. C'est cette voie qui a été suivie par les auteurs que nous avons mentionnés précédemment.

On se servira le plus souvent de sang citraté à 5 pour 100 à la dose de 1 centimètre cube pour 100 grammes de poids comme dose maxima, bien que les transfusions de 15 à 20 centimètres cubes soient le plus souvent suffisantes pour des nouveau-nés de poids moyen. Toutefois, dans les formes graves et tenaces, on aura intérêt à injecter des doses plus élevées, et l'on pourra même dépasser sans inconvénient la quantité maxima.

Un premier point sur lequel nous insisterons est l'utilité qu'il y a de s'assurer de la compatibilité du sang, qui, en général, sera maternel. En effet, BANSSILLON, d'accord avec HAPP, MAC-QUARRIE et TRAVLOS, contrairement à l'opinion de DE BIASI, a eu l'occasion de vérifier que le sang de la mère peut être incompatible pour l'enfant dans une pro-

portion de 15 à 7 pour 100 des cas. De fait, des accidents ont été constatés en l'absence d'épreuve de compatibilité et deux de nos observations nous montrent des accidents de ce genre qui se sont produits chez des enfants auxquels le sang maternel fut transfusé sans recherche des groupes sanguins.

Dans l'observation XIX nous assistons à des phénomènes de shock caractérisés par des troubles respiratoires et une ébauche de crise convulsive ; l'observation XXXI relate également une légère crise convulsive à la suite d'une première transfusion ; il fut nécessaire de faire ultérieurement une seconde transfusion à la suite de laquelle des troubles respiratoires graves furent observés et suivis de mort du nouveau-né.

Il y a donc une nécessité évidente de pratiquer ces épreuves sanguines. A laquelle donnerons-nous la préférence ?

Chez l'adulte de plus en plus on accorde la préférence aux épreuves directes ; il est souhaitable de les employer chez l'enfant, la sécurité qu'elles donnent étant en effet absolue. De plus, certains auteurs, tels NADIA, DU BOUCHET, considèrent que l'on peut rencontrer des cas d'interagglutination positive malgré l'identité du groupe sanguin de la mère et de l'enfant. Toutefois, la ponction du sinus longitudinal supérieur (condition indispensable de l'obtention d'une quantité de sang suffisante pour pratiquer les méthodes d'agglutination directe), sans être de réalisation difficile, semble un peu disproportionnée avec le but à atteindre.

La méthode de BETH-VINCENT, basée sur la comparaison du groupe sanguin de la mère et du nouveau-né, donne des garanties suffisantes et l'on peut attribuer au point de vue de la compatibilité sanguine une valeur très suffisante.

Il se peut, selon la remarque de DEBRÉ et HAMBURGER, que cette méthode laisse éliminer un donneur d'une incompatibilité apparente et qu'une étude complète du sang puisse permettre, par suite de l'absence d'agglutinines, une transfusion rejetée tout d'abord. Il n'en est pas moins vrai que le donneur déclaré compatible par la méthode des quatre groupes, sera dans l'immense majorité des cas, sous réserve de sérums bien étalonnés, parfaitement idoine et non dangereux. Enfin, les cas d'auto-agglutination sont souvent fort difficiles à différencier, comme l'a judicieusement fait remarquer FALGAIROLLE, des cas de pseudo-agglutination ou groupement des hématies en pile de monnaie, fonction uniquement de la plus ou moins grande vitesse de sédimentation des globules.

Enfin, il sera indispensable de répéter ces épreuves à chaque transfusion, car l'apparition d'agglutinines nouvelles ou différentes des primitives peut être rapide dans le sang du nouveau-né, surtout après transfusion.

En ce qui concerne la technique de la transfusion elle-même, l'injection se fera toujours à l'angle postérieur de la grande fontanelle. Elle sera toujours précédée d'une ponction de repérage, pratiquée avec une aiguille un peu grosse, montée sur une petite

seringue qui devra aspirer largement et sans résistance le sang du lac sanguin. Cette précaution préliminaire est indispensable pour acquérir la certitude que la ponction du sinus est réalisée. L'aiguille devra être enfoncée tangentiellement sous la suture sagittale, après avoir pénétré au niveau du point de repère indiqué plus haut. Dans quelques cas, cette ponction sera difficile, principalement si la fontanelle est très ossifiée ; nous conseillons de ne pas faire l'injection par cette voie, si la ponction de repérage rencontre trop de difficultés ; ces cas sont, il est vrai, assez rares.

Une fois le repérage du sinus fait, on substituera à la petite seringue celle plus grosse préalablement remplie de sang citraté, et l'injection sera poussée avec une extrême lenteur. En général, cette thérapeutique est fort bien supportée, sans aucun incident ni immédiat ni tardif, à condition que toutes les précautions mentionnées plus haut aient été rigoureusement prises.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus par cette méthode sont très satisfaisants ; toutefois, on peut critiquer dans une certaine mesure l'injection dans le sinus longitudinal supérieur, qui peut, dans quelques cas, être ou difficile, ou dangereuse ; nous n'en voulons pour preuve que l'observation XXXV, qui fut publiée par MM. VORON et BANSSILLON, où l'on éprouva une réelle difficulté à pratiquer la ponction de repérage du sinus longitudinal supérieur par suite du degré d'ossification très avancé des sutures et fontanelles. L'enfant ayant succombé

vingt-quatre heures après, la vérification anatomique montra la présence d'un hématome extra-durémérien de la grandeur d'une pièce de 5 francs ; de plus, l'examen à la loupe décela une petite perforation du sinus longitudinal supérieur. D'après les auteurs précités, il n'apparaît pas que ce soit le sang de la transfusion qui s'épancha directement en dehors du canal veineux, car lorsque l'injection fut pratiquée, le repérage était certain et la transfusion poussée sans la moindre sensation de résistance. De même, il ne semble pas que cet incident opératoire puisse être rendu responsable de la mort de cet enfant en raison de l'absence de signes de compression chez ce nouveau-né qui a succombé du fait de l'extrême anémie dont il était atteint.

De cette observation, on peut déduire que la voie intracrânienne risque, dans quelques cas, d'être peu praticable, principalement en cas d'ossification avancée de la voûte crânienne.

La transfusion ne doit pas être rejetée, de ce seul fait, car d'autres voies peuvent être utilisées, notamment celle des veines superficielles du membre supérieur selon la technique préconisée récemment par LESNÉ et Germaine DREYFUS-SÉE dans la *Revue Française de Pédiatrie*.

Ces auteurs pratiquent l'injection de sang au moyen du trocart mousse introduit et fixé dans une veine superficielle des membres préalablement disséquée.

La dissection du vaisseau est aisée chez les jeunes enfants amaigris et déshydratés ; la veine médiane

basilique que l'on choisira le plus souvent est découverte après incision, au niveau du pli du coude, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Elle apparaît bleutée et gonflée de sang, surtout si l'on a pris la précaution de mettre un garrot de caoutchouc sur le bras.

La veine est liée par un catgut au bas de l'incision, puis une petite boutonnière est pratiquée obliquement sur le vaisseau. Cette voie permet d'introduire à l'intérieur de la veine l'extrémité, renflée en olive, d'un trocart fin traversé par un mandrin mousse légèrement plus long que la canule. Un catgut lie le trocart dans la veine au-dessous de l'olive, empêchant, par conséquent, tout glissement et immobilisant la canule dans le vaisseau. On peut alors retirer le garrot, et il suffira d'enlever le mandrin pour injecter dans la canule la quantité de sang jugée nécessaire. L'enfant n'a point perdu de sang durant cette intervention rapide et peu douloureuse et nul n'est besoin de se hâter lors de l'injection puisque la perméabilité de la canule peut être rétablie à tout moment par le mandrin.

La transfusion terminée, on liera le vaisseau au-dessus de l'extrémité du trocart et celui-ci sera retiré après section du catgut qui le retient. Un point de suture ou une bande de leucoplaste rapproche les bords de la petite plaie qui se cicatrise en quelques jours.

Pratiquée aseptiquement, l'intervention est sans danger et peut être répétée, si besoin, ultérieurement sur une autre veine du bras ou de la jambe.

La quantité de sang injectée sera la même que par la voie du sinus longitudinal supérieur ; cependant, dans les cas graves, on pourra, s'il est nécessaire, injecter plus avec cette technique.

On emploiera l'un des appareils habituels de transfusion, et on injectera avec une extrême lenteur pour éviter les accidents dus à l'introduction trop rapide du sang.

Une dernière question se pose : est-il préférable d'injecter du sang citraté ou du sang pur ?

Il est évident que lorsque l'on utilise le sinus longitudinal supérieur, l'injection de sang citraté est seule possible ; par contre, avec la technique de LESNÉ et Germaine DREYFUS-SÉE, on a le libre choix entre le sang citraté et le sang pur.

Il apparaît de plus en plus que, contrairement aux premières études biologiques sur le sang citraté, l'injection de sang pur est préférable. En effet, le sang citraté provoque, lorsqu'il est introduit dans un organisme, un frisson, une réaction qui peut être préjudiciable à l'enfant, surtout si celui-ci est déjà affaibli par d'abondantes hémorragies.

Ces considérations tendent à démontrer que, de plus en plus, la voie des veines superficielles des membres apparaît comme étant à tous points de vue la meilleure. Toutefois, la voie du sinus longitudinal supérieur demeurant incontestablement celle dont l'accès est le plus facile, pourra être conservée dans les cas où il faudra agir vite, surtout lorsque l'on se trouvera en présence d'un crâne peu ossifié.

Nous dirons donc, en résumé, que la pratique des injections de sang pur dans les veines du bras paraît représenter la méthode de choix. Mais, lorsque cette voie sera impraticable (difficulté de repérage des veines superficielles, vaisseaux trop fins, anomalies vasculaires, etc.), il ne faudra pas pour cela renoncer au bénéfice certain de la transfusion. L'injection dans le sinus longitudinal supérieur, pratiquée avec les précautions habituelles, doit être conservée. En effet, dans la très grande majorité des cas, elle n'a provoqué aucun accident, ni immédiat, ni ultérieur, et à défaut d'une autre voie on devra l'utiliser.

De ces quelques considérations thérapeutiques il résulte donc que, en présence d'une hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né, on doit envisager deux éventualités : la première groupe la majorité des faits cliniques observés, à savoir les hémorragies du tube digestif de faible ou de moyenne intensité. Le traitement à leur opposer sera simple et comprendra la diète hydrique avec l'adjonction de sérum gélatiné et de potions anti-hémorragiques. Le plus souvent, au bout de deux à trois jours, on assistera à la disparition progressive du mélæna, associé ou non à une légère hématémèse. Dans les cas plus rebelles on pratiquera les injections de sérum de cheval associé en général à celle de sérum physiologique pour lutter contre la déshydratation.

Cette méthode a d'assez nombreux succès à son actif et sera souvent parfaitement efficace. Ce n'est qu'en dernière ressource que l'on en arrivera à la

transfusion, suivant l'un ou l'autre des procédés habituels

La deuxième éventualité représente les cas graves d'emblée où l'on a l'impression très nette que toute méthode autre que la transfusion risque d'être inopérante (hémorragies répétées et intenses, état général profondément et rapidement touché). Il faudra alors ne pas prolonger trop longtemps l'expectative et pratiquer rapidement, sinon d'emblée, la transfusion sanguine. Celle-ci, pratiquée trop tardivement, risquerait d'être inefficace. Par contre, et de toute façon, pour en prolonger l'action, les méthodes habituelles seront utilisées comme adjuvant.

Enfin, et ceci est de toute évidence, toutes les fois que la syphilis aura été envisagée ou même suspectée, le traitement spécifique conjugué aux traitements hémostatiques, sera immédiatement institué

CONCLUSIONS

I

Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né représentent un accident qui n'est pas extrêmement rare, puisque sur 12.215 accouchements représentant l'activité de la Clinique Obstétricale de la Charité, du 1^{er} janvier 1922 au 30 juin 1932, nous en avons relevé 35 cas, soit 1 cas sur 350 accouchements donnant la proportion générale de 0,28 pour 100.

II

La gravité de cet accident, sans être considérable, confirmant en cela l'opinion des auteurs récents, peut néanmoins être prise en considération puisque nous trouvons 7 morts sur 35 cas, soit une mortalité générale de 20 pour 100.

III

Le traitement à opposer à ces manifestations hémorragiques variera suivant la gravité des symptômes observés

Les cas légers, qui sont les plus nombreux, seront traités par une diététique sévère, notamment la diète hydrique, et l'alimentation ne sera reprise que progressivement, suivant en cela la rétrocession des phénomènes observés.

On devra lui adjoindre une médication hémostatique générale : sérum gélatiné, chlorure de calcium, adrénaline ; mais, dans les cas sévères, on fera bien d'en arriver assez vite à l'injection sous-cutanée de sérum de cheval, dont l'action hémostatique paraît énergique

IV

En cas d'échec de ces méthodes thérapeutiques, ou d'hémorragie gastro-intestinale paraissant grave d'emblée, on arrivera à la transfusion sanguine que l'on devra alors mettre en œuvre rapidement

V

La technique de la transfusion chez le nouveau-né devra tenir compte des points suivants :

1^o La nécessité de la vérification de la compati-

bilité sanguine du donneur, même si ce dernier est la mère de l'enfant transfusé ;

2^o Toutes les fois que cette voie sera praticable, on donnera la préférence à l'injection de sang pur dans les veines superficielles du membre supérieur. Mais, lorsqu'il y aura impossibilité matérielle à utiliser cette voie, ou que l'on se trouvera en face de la nécessité d'agir très rapidement, l'injection de sang dans le sinus longitudinal supérieur devra être conservée pour ne pas priver l'enfant du bénéfice certain de la transfusion

Vu :

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

VORON.

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Note sur les hémorragies gastro-intestinales des prématurés et des nouveau-nés (*Lyon Médical*, 27 octobre 1901, p. 577).
- BANSSILLON. — *Les groupes sanguins de la mère et du nouveau-né* (thèse Lyon, 1925).
- Traitement des hémorragies du tube digestif chez le nouveau-né (*Gyn. et Obst.*, avril 1934).
- BARBARO. — Transfusion du sang chez le nouveau-né (*Gyn. et Obst.*, 1925, t. X, p. 119).
- BERGHAUSEN. — Injection de sang citraté par le sinus longitudinal supérieur (*Journ. of Am. Med. Assoc.*, février 1928).
- BERNARD. — *Mélæna des nouveau-nés* (thèse Lyon, 1928).
- BERTET. — *Contribution à l'étude thérapeutique des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né* (thèse Paris, 1922, n° 120).
- BETH (Vincent). — Blood tr. for hemorrhagic disease of the newborn. The use of ext. jug vein in infants (*Boston Med. L. surg.*, 1912, t. CXVI, p. 627).
- BLECHMAN (G.). — Technique des injections intraveineuses chez le nourrisson (*Le Nourrisson*, mai 1914).
- CHARBONNIER. — *Les hémorragies du nouveau-né. Traitement par la transfusion du sang* (thèse Lyon, 1924).
- COMMANDEUR et EPARVIER. — Transfusion sanguine par le sinus longitudinal supérieur chez un nouveau-né atteint de mélæna grave (*La Gynécologie*, mars 1924).
- DUSSER. — *Des hémorragies intestinales chez les nouveau-nés* (thèse Paris, 1899).

- EYRES (H.-M.). — Hoemorrhagic in the newborn treated by injection of paternal blood (*British Medical Journal*, 1924, p. 574).
- FALLS. — Blood transfusion by citrate method in hemorrhagies of the newborn (*Journal Am. Med. Assoc.*, 10 mars 1924).
- FAVREAU et LAPERVERNHE. — Transfusion de sang dans un cas de septicémie du nouveau-né avec hémorragies gastro-intestinales graves (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales*, février 1925).
- FRAPPIER et BALLARD. — *Hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né* (thèse Bordeaux, 1919).
- GIRAUDON. — *La transfusion du sang chez le nouveau-né* (thèse Lyon, 1926).
- GUÉNIOT et SEGUY. — Essais de transfusion de sang chez les prématurés débiles (*Gyn et Obst.*, n° 2, février 1925) (*Bulletin Soc. Gyn. et Obst.*, 1924, n° 9, novembre).
- JACQUELIN. — *La thérapeutique par les sérums normaux et par le sang humain dans les hémorragies graves du nouveau-né* (thèse Paris, 1919).
- LAMBERT (S.-W.). — Méléna néonatorum with report of a case cured by transfusion (*N. Y. Med. Rec.*, 1908, LXXIII, 885).
- LAPAGE. — Méléna néonatorum treated by injection of fresh citrated blood (*British Journ. of Child diseases*, octobre 1920).
- LEQUEUX. — *Etiologie et pathogénie des hémorragies graves du nouveau-né* (thèse Paris, 1906).
- LEREBoullet. — Le méléna et les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né (*Progrès Médical*, 22 novembre 1930).
- LÉSNE, DREYFUS (G.) et SÉE. — Indications et technique de la transfusion sanguine chez le nourrisson (*Revue Française de Pédiatrie*, VII, n° 1, 1931).
- LESPINASSE. — The treatment of hoemorrhagic disease of the newborn by direct transfusion of blood with a clinical report of 40 personal cases (*Journ. of Am. Med. Assoc.*, 1914, p. 1866).

- LUSSEAU. — *Mélæna vera, pathogénie et traitement* (thèse Paris, 1913).
- MARFAN. — Méléna des nouveau-nés (in *Affection des voies digestives de la première enfance*, Paris, 1923, Masson, édit.).
- Le Méléna du nouveau-né (*Le Monde Médical*, décembre 1924).
- MASSABUAU. — Les hémorragies intestinales du nouveau-né (*Journal des Praticiens*, 20 juin 1931).
- MASSIE. — Thèse Lyon, 1920.
- NORMAN et CAPON. — Six cases of hoemorrhagic disease of the newborn (*British Med.*, juin 1924).
- POURSAIN. — Thèse Lyon, 1912.
- RHENTER, BANSSILLON et PIZZERA. — Méléna grave du nouveau né; étiologie manifestement syphilitique; transfusion du sang maternel; guérison (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, février 1930).
- RHENTER. — Le nouveau-né normal et pathologique (in *Pratique de l'art des accouchements*, 4^e édition).
- ROBERTSON (L.-B.). — Blood transfusion in hoemorrhagic disease of the newborn (*Brit. Méd. Journ.*, 1921, I).
- ROSENTHAL. — Technique de la transfusion chez les enfants du premier âge (*Bull. Soc. Thérap.*, 13 juin 1923).
- RENAUD et JUGE. — Action hémostatique du citrate de soude (*C. R., Soc. de Biologie* 1924, p. 425).
- SALAVERT et GIRAUDON. — La transfusion du sang chez le nouveau-né. A propos de cinq cas personnels (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, janvier 1926).
- SCHWARTZ (A.). — The hoémorrhagic disease of the newborn (*Am. Journ. of Med. Sc.*, juillet 1910).
- TOFTE. — Un cas de mélæna vera du nouveau-né traité par la transfusion du sang (*Acta Gyn. Scandinavica*, 1920).
- VERMELIN et MICHON. — Méléna grave du nouveau-né. Transfusion sanguine. Guérison (*Bull. Soc. Obst. de Paris*, n° 7, 1924).
- VIDAL. — *Le Mélæna des nouveau-nés* (thèse de Paris, 1911).
- VIGNES. — Hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. Leur traitement (*La Médecine*, août 1924).

- VIGNES. — Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né (*La Médecine*, avril 1923, p. 538).
- VORON. — Hémorragie intestinale mortelle chez un nouveau-né avec ulcération du duodénum (*Soc. Obst. Paris*, 1909).
- Deux cas d'hématémèse chez le nouveau-né (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris* 1912).
- VORON et BANSSILLON. — Hémorragies graves du tube digestif chez un nouveau-né. Echec de la transfusion (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931).
- VORON, RHENTER et BANSSILLON. — Hémorragies gastro-intestinales graves chez le nouveau-né. Transfusion du sang. Guérison (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, n° 3, mars 1926).
- VORON et VERGNORY. — Quatre observations d'hémorragie chez des nouveau-nés (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1920).
- WOLTMANN. — Transfusion by the citrate method in a 60 hours old baby with mëlæna néonatorum (*A. J. M. S.*, 1915, LXV, 2163).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	I
OBSERVATIONS.	7
Cas bénins	7
Cas graves	20
Cas mortels	32
ETUDE ANALYTIQUE DES RÉSULTATS OBSERVÉS	41
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES	44
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	63

